

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Л.Ф. МОЖЕЙКО, У.Ф. РУНЕЦ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

УЗ «1-я городская клиническая больница»

Реферат

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП) – патологические кровотечения, обусловленные функциональными или структурными изменениями эндо- и миометрия у девочек с возраста менархе до 17 лет включительно. В статье представлен обзор собственных исследований и современных литературных данных, посвященных рекомендациям по тактике ведения таких пациентов, методам лечения, способствующих остановке кровотечений, регуляции менструальной функции для профилактики рецидивов АМК ПП и коррекции репродуктивных нарушений с целью сохранения репродуктивного потенциала.

Ключевые слова: патологические кровотечения, пубертатный период, методы лечения, сохранение репродуктивного потенциала.

ABNORMAL UTERINE BLEEDING OF PUBERTAL PERIOD

L.F. MOZHEYKO, U.F. RUNETS

Educational Institution “Belarusian State Medical University”

Health Care Institution “1st City Clinical Hospital”

Abstract

Abnormal uterine bleeding of pubertal period (AUB PP) is a pathological bleeding caused by functional or structural changes in the endometrium and myometrium in adolescent girls from the age of menarche to 17 years inclusive. The article presents a review of our own research and current literature data on recommendations for the management of such patients, treatment methods that help stop bleeding, regulate menstrual function to prevent recurrences of AUB PP and correct reproductive disorders in order to preserve the reproductive potential.

Key words: pathological bleeding, puberty, treatment methods, preservation of reproductive potential

ВВЕДЕНИЕ

Частота аномальных маточных кровотечений пубертатного периода в структуре гинекологических заболеваний детского и подросткового возраста колеблется от 10 до 37,3%. Свыше 50% всех обращений девочек-подростков к гинекологу связаны с проблемой аномальных маточных кровотечений пубертатного периода [1]. Сложность ведения таких пациентов обусловлена психологическими и физиологическими особенностями детского организма в период становления репродуктивной системы, постоянным

увеличением гинекологической и соматической патологии, при которых АМК в пубертатном периоде являются одним из ведущих клинических проявлений [2].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 52 девочки пубертатного возраста с АМК, которые находились на лечении в гинекологическом отделении УЗ «1-я ГКБ» г. Минска. Возраст пациентов находился в пределах от 10 до 17 лет, в среднем составил $14,1 \pm 0,5$ лет.

Объем обследований включал: уточнение жалоб, сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза с оценкой толщины эндометрия. Всем девочкам выполняли общеклинические исследования в соответствии с клиническим протоколом, утвержденным МЗ РБ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМК ПП) – это кровотечения из матки, не соответствующие параметрам нормальной менструальной функции (5–80 мл/4–8 суток/каждые 21–45 дней), вызывающие физический и психический дискомфорт у девочек-подростков с возраста менархе до 17 лет включительно [1].

В пубертатном периоде АМК, преимущественно обусловлены ановуляцией в результате незрелости и дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Следует отметить, что причинами АМК в этой возрастной группе могут быть наследственные нарушения в системе гемостаза, частота которых постоянно растет, нередко – воспалительные заболевания органов малого таза [1, 3].

Отсутствие единой терминологии и универсальной классификационной системы АМК существенно затрудняло проведение научных исследований и разработку стандартов ведения таких пациентов. В 2011 г. международной экспертной группой под эгидой FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) была создана новая система номенклатуры маточных кровотечений – PALM-COEIN [4], которая принята во многих европейских странах, США, Канаде, а также в России, Украине, Казахстане и др. В классификационной системе PALM-COEIN представлено 9 категорий АМК: *polyp* (полип); *adenomyosis* (аденомиоз); *leiomyoma* (лейомиома); *malignancy* (малигнизация) и *hyperplasia* (гиперплазия); *coagulopathy* (коагулопатия); *ovulatory dysfunction* (овуляторная дисфункция); *endometrial* (эндометриальное); *iatrogenic* (ятрогенное) и *not yet classified* (еще не классифицировано), наличие любой из указанных категорий обозначается цифрой 1, отсутствие – 0 [4].

Первые четыре категории, объединенные в группу PALM, отражают структурные изменения, которые могут быть диагностированы методами визуализации и/или гистологически. Категория лейомиома (L) подразделена на две: субмукозная миома (LSM) и другие виды миом, не деформирующих полость матки (LO).

Группа COEIN включает четыре категории неорганических причин АМК, не поддающихся объективизации, а также одну категорию еще не классифицированных нарушений [3].

Многочисленные исследования последних лет убеждают, что МКПП могут быть проявлениями не только гинекологических заболеваний, но и соматической патологии. При возникновении маточного кровотечения в период полового созревания следует исключить: самопроизвольное прерывание беременности, особенно у сексуально активных подростков; патологию матки (миома, полипы эндометрия, эндометрит, эндометриоз, аденокарцинома); патологию влагалища и шейки матки (вульвовагинит, эрозия, полип); патологию яичников (поликистозные яичники, опухоли и опухолевидные образования); эндокринную патологию (гипотиреоз, гипертиреоз, болезнь Аддисона или Кушинга, гиперпролактинемия, постпубертатную форму врожденной дисфункции коры надпочечников, опухоли надпочечников, синдром пустого турецкого седла, мозаичный вариант синдрома Тернера); а также заболевания печени и почек. Кроме того, при рецидивирующих МКПП у девочек необходимо исключить наследственную патологию системы гемостаза (болезнь Виллебранда и дефицит плазменных факторов гемостаза, идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру, тромбастению Гланцмана, Бернара-Сулье, Гоше, лейкемию, апластическую анемию и железодефицитную анемию) [5, 6]. Следует помнить, что АМК могут возникать на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов, глюкокортикостероидов, длительного приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), антиагрегантов, антикоагулянтов, психотропных средств, химиотерапии [7].

Для диагностики АМК предлагается учитывать следующие параметры: продолжительность менструаций более 8 дней на фоне укорочения (менее 21–24 дней) или удлинения (более 45 дней) менструального цикла, объем кровопотери более 80 мл при отсутствии структурной патологии эндометрия, наличие межменструальных или посткоитальных кровянистых выделений. Для подтверждения ановуляторного менструального цикла следует определять концентрацию прогестерона в сыворотке крови (менее 9,5 нмоль/л на 21–25 дни менструального цикла); измерять базальную температуру (монофазный характер) и оценивать результаты УЗИ (отсутствие преовуляторного фолликула) [7].

Обследование пациентов с АМК должно включать тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр, проведение соответствующей клинко-лабораторной и визуальной диагностики [8].

При выборе тактики ведения подростков с АМК важная роль отводится общемедицинскому, наследственному, гинекологическому и хирургическому уточнению анамнестических данных. Необходимо выяснить возраст менархе, так как при менархе в возрастной группе девочек старше 15 лет более высокая вероятность ановуляторных циклов [9]. Уже на первом визите девочки с мамой необходимо тщательно собрать семейный анамнез в отношении характера менструальной функции, нарушений в системе гемостаза, аутоиммунной патологии, эндокринных нарушений и онкологических заболеваний [8].

Следует обратить внимание на качество питания, использование диет, физической активности, а также на наличие факторов психосоциального стресса, которые могут являться причиной патологических кровотечений.

С подросткового возраста девочка должна уметь вести менструальный календарь с указанием продолжительности месячных и межменструальных интервалов, обязательно отмечать случаи нерегулярных кровотечений, а также количество используемых прокладок ежедневно. Отмечено, что использование более 3-х прокладок или 6-и тампонов в день, на протяжении трех или более дней, свидетельствует о значительном объеме кровопотери (более 80 мл), особенно при наличии сгустков крови.

Изменения массы тела, ночная потливость могут указывать на эндокринные нарушения (гипотиреоз). Нередко возникающие носовые кровотечения, кровоподтеки, частые кровотечения из десен свидетельствуют о скрытых дефектах системы гемостаза [9]. Гирсутизм, акне и выпадение волос характерны для синдрома поликистозных яичников, а отделяемое из сосков может указывать на микропролактиному.

Важно тщательное обследование всех органов и систем, в особенности мочеполовой системы. Гинекологическое обследование включает осмотр наружных половых органов, осмотр в зеркалах, необходимо убедиться, что во влагалище отсутствуют инородные тела, ректальное и бимануальное исследование. Важно обращать внимание на болезненность при тракциях шейки матки, матки и ее придатков, так как это может быть симптомом воспалительных заболеваний органов малого таза. Кроме того, важно оценивать характер отделяе-

мого из влагалища и шейки матки, также необходимо уточнять наличие болезненности во время менструаций и половых контактов [10].

Медикаментозное лечение девочек с маточными кровотечениями пубертатного периода должно быть направлено на коррекцию психологического статуса, стабилизацию ритма менструаций, профилактику рецидивов АМК [11, 12]. В случаях отсутствия эффекта от лечебных мероприятий на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, подростков следует своевременно госпитализировать в гинекологический стационар. Показанием для госпитализации является маточное кровотечение, сопровождающееся снижением гемоглобина (<100 г/л) и гематокрита ($<25\%$), обильные и продолжительные менструации или профузное кровотечение.

Терапевтические мероприятия необходимо начинать с назначения кровоостанавливающих средств (дицинон, этамзилат натрия), а также ингибиторов перехода плазминогена в плазмин [13]. Транексамовая кислота вводится внутримышечно или внутривенно капельно в дозе 15 мг/кг не более 3-4 дней. При этом снижение кровопотери отмечается на 40–60% [14]. Кроме того, возможно назначение аминотетилбензойной и аминакапроновой кислоты. В случаях дисменореи целесообразно применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в частности назначается ацеклофенак по 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Параллельно проводится симптоматическая терапия: рекомендуется использовать кровоостанавливающие травяные сборы, витамины С и группы В, фитопрепараты на основе экстракта плодов *Vitex agnus castus* (мастодинон, циклодинон по 1 таблетке 2 раза в сутки) [13].

В случаях неэффективности гемостатической терапии назначается гормональный гемостаз с использованием монофазных комбинированных оральных контрацептивов или современных гестагенов [15, 16].

При толщине эндометрия до 8 мм назначаются комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с этинилэстрадиолом + дезогестрел или гестоден (регулон, новинет, линдинет 20 или линдинет 30). При М-эхо более 12-15 мм назначаются современные гестагены (дезогестрел 75 мкг и др.) по 1-2 таблетки в сутки в течение 10 дней [16].

В последние годы нами одобрена схема с доказанной высокой эффективностью применения монофазного КОК, в частности регулона или линдинета 30 по 1 таблетке каждые 4-6 часов до

полного гемостаза. Основанием явились данные о том, что максимальная концентрация КОК в крови достигается через 3-4 часа после перорального приема и существенно снижается в последующие 2-3 часа. В последующие дни суточная доза КОК уменьшается на 1 таблетку в день, до 1 таблетки в сутки в течение 21 дня менструального цикла, считая с первого дня от начала гормонального гемостаза (патент РФ №2327462 от 27.06.2008) [17].

При профузном маточном кровотечении, угрожающем жизни, вторичной постгеморрагической анемии тяжелой степени (гемоглобин ≤ 70 г/л, гематокрит менее 20%), подозрении на патологическую структуру эндометрия (полип и др.) или в случаях рецидивирующих АМК, неэффективности гормонального гемостаза в течение 7-10 дней показано с лечебной и диагностической целью проведение выскабливания полости матки под гистероскопическим контролем с обязательным гистологическим исследованием соскоба.

С целью регуляции менструальной функции рекомендуется назначение девочкам младшей возрастной группы (12-14 лет) фитопрепаратов (циклодинон по 1 таблетке 2 раза в сутки – 2 месяца, затем по 1 таблетке 1 раз в сутки – 2 месяца). Подросткам старшей возрастной группы назначаются низкодозированные монофазные КОК с этинилэстрадиолом (новинет, линдинет 20) по стандартной схеме (21-дневные курсы с 7-дневным перерывом). Курс лечения 4-6 месяцев. Хороший эффект достигается при назначении дезогестрела 75 мкг по 1-2 таблетки в сутки в течение 14 дней во вторую фазу менструального цикла в течение 4-6 месяцев.

ВЫВОДЫ

1. Частота аномальных маточных кровотечений подросткового периода в структуре гинекологических заболеваний детского и подросткового возраста колеблется от 10 до 37,3%. Свыше 50% всех обращений девочек к гинекологу обусловлены маточными кровотечениями пубертатного периода.

2. Предложенная схема лечения оказалась эффективной у 97,2% девочек-подростков. В течение 6-12 месяцев сформировался полноценный овуляторный цикл с нормальной менструальной функцией.

3. Лечение АМК ПП следует считать эффективным при нормализации менструальной функции в течение года, отсутствии обильных

и продолжительных менструаций, сопровождающихся дисменореей при нормальной структуре эндометрия согласно данным УЗИ.

4. Пациенты с маточными кровотечениями пубертатного периода нуждаются в постоянном динамическом наблюдении 1 раз в месяц до стабилизации характера менструальной функции, в дальнейшем, контрольное обследование рекомендуется проводить 1-2 раза в год.

ЛИТЕРАТУРА

1. Уварова Е.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода/Уварова Е.В.//Репродуктивное здоровье детей и подростков - 2018. - №1. - С. 64-91.
2. Уварова Е.В. Диагностика и лечение аномальных маточных кровотечений пубертатного периода: клинические рекомендации/Уварова Е.В., Андреева В.О., Артымук Н.В.//Клинические рекомендации. – Российская Федерация. - 2014. - С. 2.
3. Чернуха Г.Е. Диагностика и медикаментозная терапия маточных кровотечений с позиций международных рекомендаций/Чернуха Г.Е., Немова Ю.И. //Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение – №2. – С. 53-62.
4. Munro M.G. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. FIGO Working Group on Menstrual Disorders/Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S.//Int J Gynaecol Obstet. - 2011. - Vol. 113. - P. 3-13.
5. James A.H. More than menorrhagia: a review of the obstetric and gynaecological manifestations of bleeding disorders/James A.H.//Haemophilia – 2005. - 11. – P. 295-307.
6. Shankar M. Disease in women with menorrhagia: a systematic review / Shankar M., Lee C.A., Sabin C.A. //BJOG - 2004. - 111- P.734-40.
7. Можейко Л.Ф. Маточные кровотечения пубертатного периода: диагностика, лечение, реабилитация /Можейко Л.Ф., Гузей И.А. // Учебно-методическое пособие. - Минск: БГМУ. - 2016. - С. 2.
8. Чернуха Г.Е. Аномальные маточные кровотечения: ставим диагноз и выбираем лечение/Чернуха Г.Е., Ильина Л.М., Иванов И.А.//Гинекология - 2018. - Т. 20 - №4. - С. 4-8.
9. Vihko R. Endocrine characteristics of adolescent menstrual cycles: impact of early menarche / Vihko R., Apter D.//J Steroid Bio-chem-1984.-20(1). - P. 231- 6.
10. Heavy menstrual bleeding. Clinical guideline 44. London National Institute for Health and Clinical Excellence. – January 2007.

11. Matteson K.A. Nonsurgical management of heavy menstrual bleeding: a systematic review / Matteson K.A., Rahn D.D., Wheeler T.L. // *Obstet Gynecol.* - 2013. - 121 (3): 632–43.
12. Deligeoroglou E. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology / Deligeoroglou E., Karountzos V., Creatsas G. // *Gynecol Endocrinol* - 2013; 29 (1): 74–8.
13. Герасимова Т.В. Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода / Герасимова Т.В. // *Медицинские аспекты женского здоровья* - 2016. - №4. - С. 22–35.
14. Кароунцос В. Аномальное маточное кровотечение в пубертатном периоде. Обследование, тактика ведения и лечение – современное положение дел / Кароунцос В., Цимарис П., Делегеорглу Е. // *Репродуктивное здоровье детей и подростков* - 2019. - Т. 15. - №3. - С. 53–62.
15. Lethaby A. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding / Lethaby A., Farhuhar C., Cooke I. // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2000. – Vol. 4.
16. Уварова Е.В. Комбинированные оральные контрацептивы в аспекте сохранения репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи / Уварова Е.В., Савельева И.С. // *РМЖ* – 2006. - Т. 14. - №18. С. 1320–1324.
17. Е.В. Уварова / Е.В. Уварова, Н.М. Веселова, И.М. Лободина // *Способ остановки маточных кровотечений в пубертатном периоде* - патент РФ 2339392 от 27.11.2008.